

高額療養費支給申請書記入例

届書コード		
6	3	8

健康保険 被保険者 被扶養者 世帯合算 高額療養費支給申請書(第4回目)(入院・通院)

※支給決定まで、診療月後3ヵ月以上かかります。

◎「記入方法及び添付書類等については、別紙「記入例」「留意事項」「添付書類について」を確認してください。

⑦ 被保険者証の記号・番号		⑧ 被保険者の生年月日		届書種別	受付年度	通番	グループ
千代田いろは 03010203		昭和50年3月5日		08	平成		
② 被保険者(申請者)の氏名と印		④ 事業所の名称		③ 所在地			
ケンボ タロウ 健保太郎		(株)協会商事		千代田区△△ 1-1			
⑥ 被保険者(申請者)の住所		⑤ 郵便番号					
〒105-0000		東京都港区〇〇 1-1 △△マンション101					
⑦ 診療月		⑧ 70歳以上の方で過去1年間に次に掲げる事項に該当された方は、番号を「○」で囲んでください。					
平成21年7月		1 健康保険限度額適用・標準負担額減額認定を受けている方 2 一部負担金の割合について、健康保険高齢受給者基準収入額適用申請により変更となっている方					
④ 療養を受けた方の氏名、生年月日および被保険者との続柄		④ 療養を受けた方の氏名、生年月日および被保険者との続柄		④ 療養を受けた方の氏名、生年月日および被保険者との続柄			
健保太郎		健保花子		健保花子			
昭和50年3月5日(続柄 本人)		昭和51年10月22日(続柄 妻)		昭和51年10月22日(続柄 妻)			
⑤ 傷病名		⑤ 傷病名		⑤ 傷病名			
心筋梗塞		鎖骨骨折		鎖骨骨折			
⑥ 療養を受けた病院等の名称および所在地		⑥ 療養を受けた病院等の名称および所在地		⑥ 療養を受けた病院等の名称および所在地			
千代田〇〇病院		品川〇〇総合病院		品川〇〇薬局			
⑦ ⑧の病院等で療養を受けた期間		⑦ ⑧の病院等で療養を受けた期間		⑦ ⑧の病院等で療養を受けた期間			
21年7月1日から31日まで(31日間)		21年7月5日から6日まで(2日間)		21年7月5日から6日まで(2日間)			
⑨ ⑩の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		⑨ ⑩の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)		⑨ ⑩の期間に受けた療養に対して病院等で支払った額(自己負担額)			
145,829円		35,886円		3,800円			
⑪ ⑫の公的制度により自己負担相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか		⑪ ⑫の公的制度により自己負担相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか		⑪ ⑫の公的制度により自己負担相当額、またはその一部の支給を受けられるかどうか			
受けられない		受けられない		受けられない			
⑬ 診療合計点数		⑬ 診療合計点数		⑬ 診療合計点数			
1		1		1			
⑭ 入院・通院の別		⑭ 入院・通院の別		⑭ 入院・通院の別			
1:入院		2:その他		1:入院 2:その他			
⑮ 今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(請求中を含む)場合、その直近3回分の診療月、協会支部名、被保険者証の記号番号および限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無		⑮ 今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(請求中を含む)場合、その直近3回分の診療月、協会支部名、被保険者証の記号番号および限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無		⑮ 今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(請求中を含む)場合、その直近3回分の診療月、協会支部名、被保険者証の記号番号および限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)使用の有無			
平成21年4月診療分		平成21年5月診療分		平成21年6月診療分			
東京支部		東京支部		東京支部			
千代田いろは 03010203 123		千代田いろは 03010203 123		千代田いろは 03010203 123			
有・無		有・無		有・無			
請求年月日		特別支給コード		0:一般 3:上位所得者		不支給理由	
7				1:非課税 4:一定以上所得者		0:なし 1:あり	
支給種別		3:多数該当(合算)		貸付表示		貸付金額	
1:多数該当(単独) 2:合算		4:単独		0:なし 1:あり			
⑯ 診療点数×10円		⑯ 自己負担額		⑯ 診療点数×10円			
() × $\frac{1}{10}$ = ()		()		150,000円 + () × 1% 83,400円 + () × 1% 80,100円 + () × 1% 44,400円 35,400円 24,600円 15,000円 12,000円 20,000円 8,000円 10,000円			
支給決定額		支払方法		2:個人払い 3:その他			
⑰ 市区町村長が証明する欄		当該被保険者は平成 年度の市区町村民税が課されないことを証明する。					
市区町村長名		市区町村長名					

① 被保険者証の記号・番号が数字、漢字ひらがなのどちらの場合でも、左づめで記入してください。

② 被保険者の氏名を記入してください。被保険者が亡くなられて、ご遺族の方が申請する場合は、申請者の氏名を記入してください。④欄の住所も同様です。⑧の生年月日は被保険者が亡くなられた場合でも、被保険者の生年月日を記入してください。また、被保険者(申請者)本人が氏名を署名した場合は、押印は不要です。被保険者(申請者)以外の方が記入する場合は、押印を省略することはできません。

③ 申請は月単位です。診療月を記入してください。

④ ⑦欄~⑩欄は受診者別、同一月の医療機関別、入院・通院別に記入してください。

⑤ 傷病名が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は⑪の負傷原因欄を必ず記入してください。

⑥ ⑩欄は病院で支払った額のうち、保険診療分についてのみ記入してください。ただし、その金額が明確でないときは病院で支払った金額を()内に記入してください。⑫欄において、「費用徴収の有無」が「有」の場合は、徴収された費用の額を⑩欄に記入してください。

⑦ ⑫欄は他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて「受けられる」、「受けられない」のいずれかを「○」で囲んでください。また、受けられる場合には、裏面の「留意事項」をご覧ください。必要事項を記入してください。

⑧ ⑮欄~⑰欄は、今回申請の診療月以前1年間に3回以上高額療養費の支給を受けた(請求中を含む)場合に、直近の3回分についてそれぞれ記入してください。また、限度額適用認定証(限度額適用・標準負担額減額認定証)の使用について「有」、「無」のいずれかを「○」で囲んでください。

⑨ 市区町村民税が非課税の場合は、当欄に市区町村長の証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。

※4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。

振 込 希 望 口 座	①	1 金融機関	
		金融機関コード	② ○ ○
		銀行	金庫 ○ ○
支 払 区 分	③	※	信連・信漁連
			農協・漁協
預 金 種 別	④	②	口座番号
		③	口座名義
		1 2 3 4 5 6 7	ケンポ タロウ
			健保太郎

① ご希望の振込金融機関について記入してください。

② ①、③の欄は、ご希望の振込金融機関口座の銀行・支店名等及び預金種別を記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、ゆうちょ銀行と店名(支店名)を必ず記入してください。

③ 口座番号欄は左づめで、大きくはっきりと記入してください。ゆうちょ銀行の口座へお振込みを希望される場合は、従来の口座番号(記号・番号(13桁))ではなく、振込専用の新しい口座番号(7桁)を記入してください。

④ 口座名義の氏名、フリガナを大きくはっきりと記入してください。なお、「口座名義」が被保険者(申請者)と異なる場合は、⑤の「受取代理人の欄」の記入が必要です。

給付金に関する受領を代理人に委任する(申請者名義以外の口座に振込を希望される)場合に記入してください。

受 取 代 理 人 の 欄	⑤	本申請書に基づく給付金に関する受領を代理人に委任します。	
		住所	平成 年 月 日
		被保険者(申請者) 氏名	印
受 取 代 理 人 情 報	⑥	代理人の氏名と印	委任者と代理人との関係
		住所	電話

⑤ 給付金の受け取りを代理人に委任する場合は、「受取代理人の欄」に必要事項を記入してください。受取代理人の欄の被保険者及び受取代理人の印は必ず押印してください。(受取代理人の印は、被保険者の印と別の印鑑で押印してください。)

負傷原因記入欄 初回申請時のみ記入してください。

被 保 険 者 が 記 入 す る こ ろ	⑥	⑦ 負傷の原因について記入してください。(該当する□にチェック(☑)してください。)	
		【負傷日時・場所等】	【受診した医療機関】
		1. だれが・いつケガ(負傷)をしましたか。	7. 診療を受けた医療機関名とその期間等
		氏名 健保 花子	医療機関名 品川〇〇総合病院
		平成 21 年 7 月 5 日 (日 曜日)	平成 21 年 7 月 ~ 平成 21 年 7 月 ☑ 治癒 ・ □ 治療中
		□ 午前 ・ ☑ 午後 8 時 30 分頃	医療機関名
		2. ケガ(負傷)をした日は次のうちどの日でしたか。	平成 年 月 ~ 平成 年 月 □ 治癒 ・ □ 治療中
		□ 出勤日 ・ ☑ 休日(定休日・休暇含む)	⑧
		□ その他 ()	8. 負傷したときの状況(原因)を具体的に記入してください。
		3. ケガ(負傷)をした時は次のうちどの時間帯でしたか。	買い物に出かけ、駅からデパートへ向かう途中に転倒し、左肩を強打した。
□ 勤務時間中 ・ □ 通勤途中 (□ 出勤 ・ □ 退勤)			
□ 出張中 ・ ☑ 私用 ・ □ その他 ()			
4. ケガ(負傷)をした場所はどこでしたか。			
□ 会社内 ・ ☑ 道路上 ・ □ 自宅			
□ その他 ()			
5. ケガをした原因で次にあてはまる場合がありますか。			
□ 交通事故 ・ □ 暴力(ケンカ)			
□ スポーツ中 (□ 職場の行事 ・ □ 職場の行事以外)			
□ 動物による負傷 (飼主 □ 有 ・ □ 無)			
☑ あてはまらない			
6. 「上記5」にあてはまる原因がある場合、あなたは被害者ですか、加害者ですか。			
相手 □ 有 → { □ あなたは被害者			
□ 無 { □ あなたは加害者			
※相手のいる負傷の場合は、「第三者の行為による傷病届」が必要となります。	9. 被保険者が代表取締役等役員の方の場合		
	労災保険に特別加入していますか。 □ 加入有 ・ □ 加入無		

⑥ 傷病の原因が負傷(ねんざ、打撲、骨折、擦傷、打ち身など)の場合は、「負傷原因記入欄」に必要事項を記入してください。傷病の原因が病気の場合は記入不要です。

⑦ 負傷した原因が、第三者によるもの場合、「第三者行為による傷病届」の提出が必要となります。詳しくは全国健康保険協会各支部にお問い合わせください。

⑧ 負傷したときの状況をなるべく詳しく(具体的に)記入してください。

1. 高額療養費について

1ヵ月の自己負担額が自己負担限度額を超えた場合に、超えた額が「高額療養費」として支給されます。

2. 高額療養費の「自己負担額」について

- ① 保険医療機関等の窓口で支払った保険診療にかかる自己負担額に限られます。個室料等の保険外負担額や、入院したときの食事療養費等の負担額は自己負担額には含まれません。
- ② 自己負担額は受診者別、医療機関別、医科・歯科別、入院・通院別、旧総合病院では診療科別にそれぞれ算出されます（通院の場合は調剤分との合算）。それぞれに21,000円以上のもの（70歳以上の方は受診者別、入院・通院別に全ての自己負担額）が合算の対象になります。

3. 世帯合算について

同一世帯で同一月に複数の自己負担額がある場合に、世帯で合算して自己負担限度額を超えたときは、超えた額が高額療養費として支給されます。なお、ここでいう世帯とは被保険者とその被扶養者のことをいいます。

4. 高額療養費の「自己負担限度額」について

自己負担限度額は、年齢や所得区分によって分かれます。

【70歳未満の方の自己負担限度額】

所得区分	自己負担限度額	多数該当（※2）
上位所得者 （標準報酬月額53万円以上）	150,000円+（総医療費-500,000円）×1%	83,400円
一般所得者	80,100円+（総医療費-267,000円）×1%	44,400円
低所得者（※1）	35,400円	24,600円

※1 低所得者

- 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
- 低所得者の適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

（注）低所得者の要件に該当した場合でも、上位所得者に該当する場合は、上位所得者の自己負担限度額が適用されます。

※2 多数該当

診療月以前1年間に3回以上の高額療養費の支給を受けた（受けられる）場合は、4回目から自己負担限度額が軽減されます。

【70歳以上の方の自己負担限度額】

所得区分	外来（個人単位）	外来+入院（世帯単位）
現役並み所得者（※1）	44,400円	80,100円+（総医療費-267,000円）×1% <多数該当 44,400円>
一般所得者（※2）	24,600円	62,100円 <多数該当 44,400円>
低所得者Ⅱ（※3）	8,000円	24,600円
低所得者Ⅰ（※4）		15,000円

※1 現役並み所得者

標準報酬月額が28万円以上であって、かつ年収が単身世帯の場合383万円以上、複数世帯（70歳以上75歳未満の被扶養者を対象）の場合520万円以上の方。ただし、被扶養者が後期高齢者（長寿）医療制度に加入したことにより、単身世帯となった場合に、その被扶養者であった方の収入と合わせて520万円未満であれば一般所得者となります。

※2 一般所得者の自己負担限度額

平成20年4月から2年間は、外来（個人単位）は12,000円、外来+入院（世帯単位）は44,400円に据え置かれます。

※3 低所得者Ⅱ

- 市区町村民税の非課税者である被保険者とその被扶養者
- 低所得者Ⅱの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

※4 低所得者Ⅰ

- 被保険者および被扶養者すべてが、収入から必要経費・控除額を引いた後の所得がない場合の被保険者とその被扶養者
- 低所得者Ⅰの適用を受けることにより生活保護を必要としない被保険者とその被扶養者

（注）低所得者Ⅱまたは低所得者Ⅰの要件に該当した場合でも、現役並み所得者に該当する場合は、現役並み所得者の自己負担限度額が適用されます。

■計算例

70歳未満の被保険者で所得区分が一般、70歳未満の被扶養者がいる場合で、

- 被保険者・・・入院医療費 ①200,000円（自己負担額②60,000円）
- 被扶養者・・・通院（歯科）医療費③100,000円（自己負担額④30,000円）
・・・通院（眼科）医療費⑤ 50,000円（自己負担額⑥15,000円）

自己負担額90,000円（②+④）- [80,100円+（医療費300,000円（①+③）-267,000円）×1%] = 9,570円（高額療養費支給額）

※ 被扶養者の方の通院（眼科）は、自己負担額（⑥）が21,000円未満のため、合算の対象になりません。

留意事項

1. 申請書は診療月ごとに作成してください。
2. ②欄～⑤欄は70歳未満の被保険者、被扶養者に関して、同一月に医療機関別、入院・通院別に21,000円を超える自己負担が複数ある場合には、それぞれ記入してください。70歳以上の被保険者、被扶養者に関しては、同一月に医療機関別、入院・通院別にそれぞれ記入してください。
3. ⑧欄は他の公的制度により医療費の自己負担相当額またはその一部の支給を受けられるかどうかについて、「受けられる」「受けられない」のいずれかを「○」で囲み、受けられる場合は、次に掲げる制度のうち該当するものの記号（「その他」の場合は具体的制度名）を記入してください。また、自己負担相当額の一部について費用徴収されたか否かについて、「有」「無」いずれかを「○」で囲んでください。
 - ア. 「原子爆弾被爆者に対する援護に関する法律」による一般疾病医療費の支給
 - イ. 「児童福祉法」による育成医療の給付等
 - ウ. 「予防接種法」による医療費の支給
 - エ. 「障害者自立支援法」による自立支援医療の給付
 - オ. 「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律」による医療の給付
 - カ. 「感染症の予防及び感染症の患者に対する医療に関する法律」による医療の給付
 - キ. 「麻薬及び向精神薬取締法」による医療の給付
 - ク. 「母子保健法」による養育医療の給付等
 - ケ. 「独立行政法人医薬品医療機器総合機構法」による医療費の支給
 - コ. 「沖縄の復帰に伴う厚生省関係法令の適用の特別措置等に関する政令」による医療費の支給
 - サ. 「身体障害者福祉法」の指定医療機関における医療の給付
 - シ. 「特定疾患治療研究事業」による医療の給付
 - ス. 「毒ガス障害者救済対策事業」による医療費の支給
 - セ. 「先天性血液凝固因子障害等治療研究事業」による医療の給付
 - ソ. 「水俣病総合対策費の国庫補助」による療養費の支給
 - タ. 「石綿による健康被害の救済に関する法律」の医療費の支給
 - チ. その他
4. 上記の制度により自己負担相当額の支給を受けられる場合は、この高額療養費は支給されません。
5. ⑧欄の費用徴収が「有」の場合は、徴収された費用の額を証明する領収書等を添付してください。

添付書類について

1. 市区町村民税が非課税の方は、申請書に市区町村長から非課税であることの証明を受けるか、別に非課税証明書を添付してください。4月から7月診療分については、前年度の課税に関する証明を、8月から翌年3月診療分については、当年度の課税に関する証明を受けてください。
 - ※ 同一年度（8月から翌年7月までの間）内において、すでに非課税証明書を提出している場合は、同一年度内の申請に際して、非課税証明書の添付は不要です。
2. 生活保護を受けている方は、「保護開始決定通知書」もしくは「保護変更決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長の原本証明を受けたものを添付してください。
3. 低所得者の適用を受けることにより、生活保護を必要としない方は、「限度額適用・標準負担額減額認定該当」と記載された「保護申請却下通知書」もしくは「保護廃止決定通知書」または、これらの写しに事業主、民生委員、福祉事務所長の原本証明を受けたものを添付してください。
4. 療養費払に係る高額療養費の支給申請は、その療養費の支給申請と併せて行ってください。
 - ※ 健康保険が適用された柔道整復師、あんまマッサージ指圧師、はり師、きゅう師の施術で支払った自己負担相当額も該当します。
5. 被保険者が亡くなられ、ご遺族の方が請求する場合、被保険者との続柄がわかる「戸籍謄本」等を添付してください。

入院の場合には、事前に申請することで保険医療機関等での窓口負担が軽減されます。また、貸付制度もあります。

■ 入院時の窓口負担の軽減

○ 70歳未満の上位所得者・一般所得者の方

事前に「健康保険限度額適用認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。

○ 市区町村民税が非課税などによる低所得者の方

事前に「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定申請書」を申請することにより発行される「健康保険限度額適用・標準負担額減額認定証」と被保険者証を併せて保険医療機関等窓口で提示することで、窓口での負担は自己負担限度額までとなります。

※ 70歳以上の上位所得者・一般所得者の方は「高齢受給者証」で入院時の窓口負担が自己負担限度額までとなります。

■ 高額療養費貸付制度

高額療養費は支給決定までに診療月後3ヵ月以上かかることから、その間の家計負担の軽減を目的として、無利子の貸付制度があります。詳しくは全国健康保険協会都道府県支部までお訊ねください。